

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Gabrielle Diogo Melo

A INFORMAÇÃO NO PROCESSO DE GESTÃO:
o caso do NIR no Hospital Geral de Bonsucesso

Rio de Janeiro

2009

Gabrielle Diogo Melo

A INFORMAÇÃO NO PROCESSO DE GESTÃO:
O CASO DO NIR NO HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO

Trabalho apresentado a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para conclusão no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gestão em serviços de Saúde.

Orientador: Simone Cristina da Costa Ferreira

Rio de Janeiro

2009

Gabrielle Diogo Melo

A INFORMAÇÃO NO PROCESSO DE GESTÃO:
O CASO DO NIR NO HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO

Trabalho apresentado a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para conclusão no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gestão em serviços de Saúde.

Aprovado em 18 de dezembro de 2009

BANCA EXAMINADORA

Simone Cristina da Costa Ferreira- Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz
(2003) EPSJV/FIOCRUZ

Pedro Areas Junior - Especialista em Gestão em Saúde - IMS/UERJ
NERJ-MS

Raquel Barbosa Moratori – Mestre em Tecnologia pelo Centro Federal de Educação
Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (2006) - EPSJV/FIOCRUZ

*Dedico este trabalho
a todos aqueles que de alguma forma
estiveram presentes em minha vida,
em especial, meus pais, Mario e Clara.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, a Deus, autor da vida, fonte inesgotável de sabedoria, por não desistir de mim em nenhum momento;

À minha mãe Clara, por ter sido, desde pequena meu porto seguro, minha amiga e ao meu pai Mario, por ser meu super-herói, peças fundamentais na minha existência. Agradeço por todo amor que carinho que recebo deles desde o início da minha vida;

À minha irmã Rafaelle por todos os momentos em que estivemos juntas, por tudo que me ensinou e por cuidar de mim sempre;

À minha avó Maria, um exemplo a ser seguido, por tudo que ela fez por mim e por tudo o que representa para mim.

À minha madrinha Cristina, pelas constantes aulas particulares de Biologia e por todo incentivo que sempre me deu em minha vida particular e acadêmica e ao meu tio Alexandre, por se preocupar com meu sucesso profissional, me aconselhando sempre.

À meu tio Augusto por ser exemplo de inteligência e persistência e por incessantemente tentar me ensinar Química, à minha tia Rose por todos os abraços, todas as risadas e todos momentos de bons que me proporcionou e à minha prima Amanda, por todas as brincadeiras, conversas, viagens e por todas as outras ocasiões que estivemos juntas, por fazer a minha vida mais alegre.

À meu melhor amigo e namorado Luiz Felipe, por me apoiar em tudo, não me deixando desistir de meus objetivos. Por acreditar em mim e me fazer crer que tudo iria dar certo. Pelos inúmeros conselhos, constantes palavras de incentivo e momentos de descontração.

À minha querida orientadora Simone, por todo apoio e por me fazer acreditar no meu potencial, por ter se disponibilizado a escrever junto comigo este trabalho e pela atenção e pelo modo carinhoso como sempre me tratou durante os dois anos de realização desta monografia.

Aos professores da Escola Politécnica por todo o ensinamento passado, por me fazer crescer não só profissionalmente, mas também pessoalmente.

À todos os Politécnicos, por fazerem dessa escola minha segunda casa, em especial, à Rafael Martins, pela sua amizade incondicional e à Tiago Francisco, por estar ao meu lado em todos os momentos. Agradeço a vocês por me ajudarem em todas as situações e por fazer minha passagem pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio ser bem melhor.

À toda a equipe do Núcleo Interno de Regulação do Hospital Geral de Bonsucesso, pelo acolhimento e carinho durante os dois meses de estágio no setor e por me ajudarem na realização deste trabalho, em especial à Dr^a Maris Stella Alonso, coordenadora do NIR, à Luana Nunes, Caroline Giovannoli, Claudia da Silva, Cássia Monteiro e Adriana Simonini, servidoras do HGB, lotadas no NIR, pela enorme ajuda que me foi dada durante a coleta de dados do questionário utilizado neste trabalho.

À todos os meus amigos, sem os quais a vida não teria menor graça.

*“Sempre foi um mistério para mim como os
homens podem se sentir honrados pela
humilhação de seus semelhantes.”
(Mahatma Gandhi)*

RESUMO

Aborda a importância da informação para o processo de gestão de leitos, tendo como caso específico o Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) a partir da experiência de estágio o Núcleo Interno de Regulação (NIR) deste hospital e da análise de um questionário semi-aberto estruturado direcionado às chefias das clínicas do HGB, sendo este, um instrumento de pesquisa próprio do NIR/HGB e aproveitado para este trabalho. Apresenta a maneira como tais informações são produzidas bem como estas são utilizadas pelas clínicas e pelo NIR no processo de tomada de decisão para a gestão de leitos, e qual a concepção que as chefias das clínicas tem do NIR. Relata, de forma breve, a história da saúde pública, até chegar à implantação do Sistema Único de Saúde. Discute a questão do acesso aos serviços de saúde e a partir daí, expõe o conceito de regulação desde o momento em que este passou a ser usado na área da saúde. Descreve o processo de implantação dos Núcleos Internos de Regulação nas unidades públicas, explicitando sua função, seus objetivos e os mecanismos que este setor utiliza para melhorar a qualidade do acesso aos serviços públicos de saúde. Apresenta os resultados obtidos a partir da análise quali-quantitativa dos questionários passados.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	11
2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO - A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	11
2.2 A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	13
2.3 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS	14
3 REGULAÇÃO	17
3.1 O PROCESSO DE REGULAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	19
4 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO	22
4.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO – HOSPUB.....	26
4.2 SOLICITAÇÃO DE VAGA.....	28
5 ASPECTOS METODOLÓGICOS	30
5.1 A DELIMITAÇÃO DO CASO	30
5.2 VERIFICAÇÃO DOS MECANISMOS DE GESTÃO DE LEITOS E DE UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO	31
5.3 PRÉ-TESTE DO INSTRUMENTO	32
5.4 A ANÁLISE DOS DADOS	32
6 RESULTADOS	34
6.1 FLUXOGRAMA DESCRITOR.....	34
6.2 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	35
6.2.1 Participação na Pesquisa.....	35
6.2.2 Análise dos Questionários	36
6.2.2.1 <i>Produção da Informação</i>	36
6.2.2.2 <i>Utilização dos Indicadores Gerenciais e Assistenciais</i>	36
6.2.2.3 <i>Tomada de Decisão a partir dos Indicadores Produzidos</i>	37
6.2.2.4 <i>Regulação</i>	37
7 CONCLUSÃO	40
BIBLIOGRAFIA	42

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho teve o objetivo de identificar como a informação é utilizada pelo NIR e pelas chefias clínicas no processo de gestão de leitos e no fluxo de internação dentro do hospital, a partir da análise dos indicadores gerenciais e assistenciais produzidos e sua utilização no processo de tomada de decisão. Para isso, identificamos o modo como a informação é produzida – Censo Hospitalar; quais os indicadores, produzidos pelo censo, são utilizados pelas chefias de clínica; quais os indicadores, produzidos pelo censo, são utilizados pelo NIR; e se a informação é utilizada no processo de tomada de decisão, para a gestão de leitos. Também identificamos o modo como os profissionais percebem a atuação do NIR; e qual a concepção de regulação que as chefias de clínicas possuem.

A informação é de suma importância para o hospital, e neste caso, o censo hospitalar é fundamental, uma vez que irá contar o número de leitos disponíveis para a admissão de novos usuários, assim como para as movimentações do hospital. Através dos dados coletados no censo, é possível calcular o índice de giro, o tempo médio de permanência, e compor o cálculo do custo médio por procedimento – vale destacar que o tempo médio de permanência e o custo por procedimento devem estar associados e possibilitarão uma visão ampla do custo de cada usuário para o hospital, possibilitando assim, a visualização dos gastos em saúde – entre outras, garantindo assim, a melhor utilização dos leitos e dos recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde ao Hospital Geral de Bonsucesso.

A hipótese deste trabalho é que a informação não é tratada com importância pelo NIR nem pelas clínicas. Como o censo hospitalar não é atualizado, a informação não é confiável, sendo assim o processo de trabalho do NIR é dificultado, já que para saber a disponibilidade dos leitos é preciso ligar para as clínicas. A falta de informação confiável impossibilita a ação reguladora dentro do hospital, de forma a ampliar o acesso da população a unidade. Esta hipótese foi construída com base na experiência de estágio.

O desenvolvimento deste estudo tem sua base na realização do estágio curricular no Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), possibilitando uma maior aproximação com o tema e conseqüentemente, maior precisão do estudo. Outro fator relevante para a realização desta pesquisa é o fato de que, ao identificar a importância da informação para a garantia do acesso e assim também a continuidade do cuidado, da forma como este é garantido a todos pela Constituição Federal de 1988, poderá instituir um processo de trabalho nas clínicas, reconhecendo que é de suma importância que as informações estejam disponíveis para o NIR de forma mais fiel possível a realidade do hospital, para que a regulação aconteça, garantindo

assim a ampliação do acesso aos estabelecimentos assistências de saúde, pela população. A partir do momento que cada clínica mantém atualizadas as informações sobre o censo, o NIR terá uma visão mais ampla das vagas disponíveis em toda a unidade, sem o qual não é possível a regulação.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO - A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Na época do Brasil colônia não se pensava em assistência a saúde. O modelo econômico, político e social do período visavam apenas à exploração da mão de obra escrava indígena sem a preocupação com a saúde destes trabalhadores. O que mais se aproximava da assistência médica, eram as ações do pajé, que tratavam das enfermidades da sua tribo com aquilo que o meio oferecia e era considerado o curandeiro naquele lugar. Até final do século XVIII, havia pouquíssimos médicos nas terras brasileiras.

A situação melhora com a chegada da Família Real portuguesa ao Brasil, cujas necessidades forçaram a criação das primeiras escolas de medicina. Do Brasil colônia até o Brasil república essa foi à única medida tomada em relação à saúde.

Já em sua fase republicana, o país tem no governo de Rodrigues Alves a primeira medida sanitária. O Rio de Janeiro vivia em péssimas condições de saneamento básico e isso acarretava a população inúmeras doenças graves como a febre amarela, a malária, entre outras, e isso impulsionou o então presidente a nomear Oswaldo Cruz para solucionar o problema. Entre suas ações, estava à inserção da vacina na prevenção de doenças, que é utilizada até hoje como forma de imunização. Oswaldo Cruz não obteve muito êxito em seu trabalho mais deixou algumas descobertas como legado à seu sucessor Carlos Chagas que organizou uma campanha de educação sanitária.

Somente com a chegada de imigrantes europeus ao país e com isso a formação de uma massa de operários houve uma nova media de saúde no Brasil, a Lei Elói Chaves, que criava a Caixa de Aposentadoria e Pensão, sem qualquer ligação com a União, sendo mantidas pelas empresas e cujos atributos eram o serviço médico ao trabalhador e a família além de descontos nos preços de medicamentos, direito a aposentadoria e pensões para os herdeiros. Entretanto, essa caixa só funcionava para os trabalhadores urbanos.

A partir da Revolução de 1930, no primeiro mandato de Getúlio Vargas são criados os Ministério da Saúde e da Educação e as Caixas de Aposentadoria e Pensão são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Os IAPs são dirigidos por sindicatos, e não mais por empresas, como eram as antigas Caixas de Aposentadoria e Pensão. A união ainda continuava fora da gerencia.

Desde as décadas que precederam a ditadura militar se pensava em unificar os IAPs a fim de que este funcionasse de forma mais abrangente, mas foi apenas em 1967, no governo

militar que estas medidas saíram do papel e o Instituto de Aposentadoria e Pensão foi unificado tornando-se então o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com a criação do INPS, surge uma demanda maior do que aquilo que está sendo oferecido pelo sistema, então, o governo vê como solução para isso, pagar o setor privado pela prestação de serviços a população. Esta medida proporcionou o desenvolvimento do setor privado e deixou o sistema público defasado devido à falta de investimentos econômicos. Assim, com o abandono da esfera pública e com o fortalecimento da privada, as reais necessidades da população não eram atendidas, uma vez que esta somente atendia a determinados grupos da sociedade. Na década de 1970, o cenário político era o da Ditadura Militar (1964 – 1985). O modelo assistencial vigente nesta época era basicamente curativista e não oferecia a todos a possibilidade do acesso ao cuidado, tendo em vista que somente aqueles trabalhadores contratados pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e contribuía para a previdência social poderiam usufruir dos serviços de saúde disponíveis na época. Em 1974 foi criada a Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que ajudou a ampliar a rede privada, o que proporcionou um crescimento enorme a esta. A complexidade na prestação da assistência aumentou de tal forma que culminou no advento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), em 1978. É possível observar que as políticas de saúde do regime militar possuíam caráter puramente curativo, sem se preocupar com prevenção e promoção à saúde. A mais importante medida sanitária tomada nesta época foi a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam). Ainda na década de 70 destaca-se o Movimento Sanitário pelo qual os profissionais da área da saúde puderam reivindicar a irracionalidade do sistema e criticar as repercussões do modelo econômico na saúde da população. No âmbito político vale destacar o Movimento pelas eleições diretas e o Movimento Sindical que tem por alvo a relação entre saúde e trabalho. Foi através desta articulação que se começou a pensar e lutar pela organização dos locais de trabalho.

Ainda no regime militar surge o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). Chegado ao fim do Regime Militar são criados órgãos de participação civil como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Neste momento, a população começa a ser mais ouvida, mais o sistema privado sofre com isso, tendo de arranjar alternativas para não ir à falência. É neste cenário que surgem os convênios médicos, consequência do fortalecimento do subsistema de atenção médico-suplementar. A classe média aderiu de forma rápida a este novo modelo criticando as falhas do sistema público.

O movimento da Reforma Sanitária veio trazer a idéia de um sistema de saúde mais democrático, e em 1979, esse ideário mais democrático teve a oportunidade de ser exposto no I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, com a finalidade de construir um Sistema Único de Saúde. A partir daí foram implantadas Ações Integradas de Saúde e comissões responsáveis por supervisionar a qualidade no atendimento.

Em 1986, chegado ao fim do Regime Militar, o Movimento Sanitário se intensificou sendo convocada a VIII Conferencia Nacional de Saúde (CNS) com o objetivo de discutir novas propostas para a saúde no Brasil. Nesta conferencia é formulado o documento conhecido como Projeto de Reforma Sanitária. “O projeto de Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais” (NASCIMENTO *apud* PAIM, 1992, 31).

É na 8ª CNS que é também pensado e documentado o conceito de saúde não mais como ausência de doença, mais sim como “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.” (Brasil, 1986, 118).

Enfim, em 1988, a nova Constituição Federal Brasileira, incorporando grande parte das discussões da 8ª CNS, acolhendo a proposta de criação do SUS. Vale destacar que houve resistência a implantação deste sistema, uma vez que o modelo médico assistencial privatista trazia benefícios a determinados grupos sociais.

2.2 A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge num contexto de democratização da assistência a saúde. Este sistema é implantado a partir da Constituição Federal 1988 (CF 88) que define seus princípios e suas diretrizes. Tem por princípios a universalidade, devendo atender a todos de acordo com sua necessidade específica e gratuitamente; a integralidade, atuando de forma integral a fim de garantir a assistência como o objetivo de cura, promoção e prevenção de doenças; a equidade, buscando diminuir as desigualdades, tratando a cada um de forma diferente de acordo com a demanda apresentada, mas disponibilizando a todos a mesma oportunidade de utilização dos recursos que a unidade dispõe; descentralização, de modo que as esferas estaduais e municipais sejam capazes de coordenar as ações, dando-lhes autonomia para gerir o sistema de acordo com suas características e necessidades particulares. Para a esfera federal resta apenas a tarefa de transferir o financiamento para as demais esferas; racionalidade disponibilizando as ações nos diferentes níveis de atenção, com o intuito de

solucionar e suprir a demanda de cada setor. Deverá também atentar para a contratação, ou não, do serviço privado realizando o contrato em nível municipal, podendo atuar no controle da qualidade do serviço prestado; eficiência e eficácia, garantindo a resolutividade e qualidade do serviço, devendo se adequar ao cotidiano do lugar onde está inserido e à disponibilidade de recursos, administrando-os de forma eficiente; democracia, devendo garantir a participação de todos aqueles envolvidos de alguma forma no sistema, auxiliando na formulação de políticas que ajudem a administração do setor em que trabalha. Vale destacar que foi a partir da CF 88 que saúde passou a ser entendida como direito de todos e dever do Estado.

Entretanto, para que a implantação do sistema se desse de forma plena, era necessária a formulação de leis, decretos, portarias conjuntas e portarias normativas. Vale destacar, dentre as iniciativas institucionais que foram criando as condições para a garantia plena do direito a saúde a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90 e 8.142/90) o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993.

Com a Lei nº 8.080/90, fica regulamentado um sistema que integra todos os serviços estatais, sejam eles da esfera municipal, estadual ou federal, e todos os serviços privados e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As Normas Operacionais Básicas se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade desse Sistema.

As NOBs publicadas em 1991 e 1993 (NOB/SUS 91 e NOB/SUS 93) iniciaram sutilmente o processo de descentralização do sistema, mas foi com a NOB/SUS 96, publicada em 2 de setembro de 1996, data da abertura da 10ª Conferência nacional de Saúde, que as regras e condições para a descentralização do SUS foram reformuladas. A NOB/SUS 96 foi a responsável pela descentralização das ações de saúde para os estados e municípios de forma gradual, a fim de garantir a eles autonomia no processo de gestão do SUS no seu âmbito.

Vale aqui destacar que é a partir do processo de descentralização que surge a necessidade de regulação, que será abordado mais adiante.

O SUS é um sistema ainda em construção. Os principais princípios, acima explicitados, foram estabelecidos na CF 88, entretanto, como a demanda da população está em constante mudança, o sistema deverá estar também em constante mudança, para adequar-se a nova realidade e garantir a assistência de forma universal, integral, equânime, eficaz e eficiente.

2.3 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS.

“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

(...)

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;”

Artigo 7º capítulo II da Lei nº 8.080 19/09/1990

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88) a saúde passa a ser entendida não mais como ausência de doença, mas em seu conceito ampliado como resultante de diversos determinantes e condicionantes como alimentação, saneamento básico, moradia, segurança, meio ambiente, educação, trabalho, renda, transporte, acesso aos serviços e bens essenciais e lazer, e o Estado deve ser o responsável por garantir todas essas condições para os indivíduos a fim de melhorar sua qualidade de vida. Daí surge a determinação de saúde como direito de todos e dever do Estado. De acordo com os princípios citados acima a unidade de saúde deve prestar assistência a todo usuário que a ela chegar independente de que forma, ainda que preste apenas os primeiros socorros e o referencie pra outra unidade.

Antes de ser promulgada a CF 88, só possuía o direito de utilizar os serviços oferecidos pelo SUS, aquelas pessoas que contribuíssem para a previdência social (INPS – Instituto Nacional da Previdência Social). Para ter acesso ao sistema, era necessário comprovar a contribuição através da carteira de trabalho para aqueles possuíam vínculo empregatício ou apresentar o talão de pagamento do INPS, atualmente chamado de Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). A partir de 1988, com a implantação do SUS como ele se apresenta hoje, houve a universalização do acesso e todo o indivíduo passou a ter direito às ações e serviços de saúde.

O SUS tem como princípios organizativos a regionalização, devendo o território estadual estar organizado de acordo com critérios tais como características sócio-demográficas, situação de saúde da população, estrutura de transporte disponível e distancia entre a unidade de saúde e a moradia, e a hierarquização, propondo uma rede de serviços de saúde organizada como uma pirâmide, onde na base ampla, encontram-se as ações e serviços de atenção primária e consideram estes como a porta de entrada do sistema para os níveis de atenção secundaria, terciária e quaternária. Para Cecílio (1997), o sistema deve ser,

estruturalmente, como um círculo, que possibilite a entrada do usuário por qualquer nível de atenção de acordo com a necessidade do mesmo.

Atualmente se tem como umas das principais portas de entrada para o sistema, os serviços de urgência e emergência, pois a grande parcela da população que necessita do sistema público de saúde quer que sua demanda seja atendida não se importando com a procura pela unidade certa. Na lógica do círculo, a unidade certa seria aquele que oferecesse o atendimento mais adequado a cada pessoa, de acordo com o seu caso, e neste sentido, toda a rede é uma porta privilegiada, não apenas a rede básica de saúde.

A pessoa deseja que seu caso clínico seja avaliado por um profissional mesmo que o perfil da sua doença não esteja alinhado com o perfil do hospital. Encontra nas emergências uma solução. Conseguem na emergência um atendimento, mesmo que apenas a indicação de um medicamento. Outro motivo pelo qual os serviços de urgência e emergências são procurados de imediato está relacionado com a história da saúde pública. Antes do advento do SUS em 1988, só tinha acesso às ações de assistência, que ocorriam nos hospitais (consultas, exames, internações etc.), quem contribuía para o INPS, e o restante da população tinha disponível apenas ações de prevenção, que estavam vinculadas ao Ministério da Saúde. Por motivo cultural, ainda hoje, as pessoas procuram os hospitais para conseguir atendimento, se remetendo ao tempo em que o mesmo se dava ali, nos hospitais.

Vale destacar, também, a baixa resolutividade da atenção básica e a dificuldade da grande massa da população de ter acesso aos serviços de média complexidade. Por essas razões os serviços de emergência, principalmente, estão sempre superlotados e com um crescente número de atendimentos.

Desta forma, segundo Cecílio (1997), tem-se a idéia de que a população está sendo atendida e que o sistema está funcionando de forma plena, quando na verdade, está havendo a prestação do cuidado de forma deslocada e superficial, uma vez que o usuário atendido na emergência não tem seu problema resolvido de forma totalitária, apenas lhe é indicado um medicamento que vai fazê-lo sentir-se melhor, mas a causa do problema não é enfrentada.

O sistema organizado em “círculo” possibilita uma maior organização da prestação do cuidado e múltiplas possibilidades de entrada, mas, para que isso ocorra de forma eficaz, todas essas portas devem ser qualificadas no sentido do reconhecimento e da classificação de risco para que todos os usuários tenham suas demandas atendidas de forma adequada ao seu caso.

3 REGULAÇÃO

A regulação, no âmbito da saúde surge num contexto de descentralização do Sistema tendo por objetivo configurar uma rede capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contra-referência municipal e intermunicipal (CONASS, 2007). “Em conformidade com esse processo de descentralização e aprimoramento da gestão do SUS, foi elaborada a proposta que contempla as diretrizes nacionais para a implantação da Política Nacional de Regulação em todas as unidades federadas”. (CONASS, 2006)

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde foi instituída em 1º de Agosto de 2008, de acordo com a Portaria GM nº 1.559. De acordo com esta portaria, a regulação está dividida em três dimensões. São elas: Regulação do Sistema de Saúde, que possui como objeto as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e como sujeito seus respectivos gestores, a fim de definir macrodiretrizes, a partir das diretrizes do SUS, para a Regulação da Atenção à Saúde e executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desse sistema; Regulação da Atenção à Saúde, que tem por objetivo a garantia da prestação dos serviços a população de forma adequada. Tem como objeto a produção das ações diretas e finais da atenção à saúde e como sujeito os respectivos gestores responsáveis pela prestação o serviço, sejam eles públicos ou privados, a fim de definir, também, macrodiretrizes e estratégias para a Regulação Assistencial e controle da oferta do cuidado. É exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de acordo com a pactuação estabelecida pelo Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; Regulação do Acesso a Assistência, ou Regulação Assistencial tem por objetos a organização, o monitoramento da priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no SUS, a fim de que a garantia do acesso seja baseada em protocolos, classificação de risco e outros critérios de priorização, e assim como os outros dois âmbitos da regulação, esta também tem como sujeito os respectivos gestores públicos. É exercida pelos complexos reguladores e suas unidades. Vale destacar que estas três dimensões de regulação são integradas entre si.

O conceito de regulação utilizado no setor da saúde pode ser entendido de diversas maneiras. Uma delas foi a disseminada pela Noas/SUS 01/2002, que conceitua regulação do acesso como um sinônimo de regulação assistencial – “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles”.(CONASS, 2007) – vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI). Regulação do acesso: estabelecimento

de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na PPI e/ou da disponibilidade de recursos financeiros”. (CONASS, 2007)

A regulação do acesso é parte integrante da regulação assistencial, uma vez que a primeira atua de forma importante no planejamento e implementação de ações necessárias à melhoria das condições do acesso dos indivíduos ao sistema. Também influencia na organização da programação assistencial que, a partir da regulação do acesso, será baseada no que é demandado pela população no que diz respeito às ações de saúde e não mais da oferta disposta no sistema.

Vale lembrar que outra diferença entre elas é a de que a regulação assistencial é privilégio do gestor enquanto a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador.



A principal estratégia da regulação do acesso é a formação de complexos reguladores resultantes da articulação de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Os complexos reguladores compõem os sistemas logísticos que é um dos sistemas ligados a rede de atenção à saúde vinculada a organização dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários no sistema de saúde.(Mendes *apud* CONASS, 2007).

Para este trabalho focaremos em apenas um aspecto da regulação do acesso, à partir da proposta de criação de núcleos internos de regulação, voltados a regulação da internação. “Regulação do acesso: estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na PPI e/ou da disponibilidade de recursos financeiros”. (CONASS, 2007)

3.1 O PROCESSO DE REGULAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

As Redes de Centrais de Regulação (RCR) são produto de um esforço da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de implementar ações com a intenção de diminuir a desigualdade em saúde como a desigualdade do acesso equânime e qualificado aos serviços de saúde. As RCR surgem como estratégias prioritárias para a reorganização do sistema de saúde e estava diretamente vinculada aos gestores estaduais e municipais de saúde. De acordo com a coordenadora de da RCR/CISA/SES, Ilara de Moraes, e com o Secretário de Estado de Saúde, Gilson O'Dwyer, as RCR estão associadas a idéia de organização dos fluxos de usuários de acordo com critérios pactuados, tendo em vista o perfil do serviço de saúde existente e o demandado, com a perspectiva de oferecer melhor atendimento aos cidadãos. O processo de construção das Redes de Centrais de Regulação está ligado à criação de mecanismos que fortaleçam e qualifique a gestão do SUS.

As Redes de Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro (RCR/RJ) foram criadas a partir de iniciativa da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), em junho de 1999. As Centrais de Regulação do Estado tem por base os princípios da integralidade e equidade do SUS focado em agilizar o processo de acesso aos recursos que a população demanda nos serviços assistenciais.

São estruturadas a partir de três requisitos: i) decisão política da partes dos gestores; ii) pactuação de critérios de regulação transparentes; iii) gestão qualificada da informação, com o uso intensivo de tecnologias da informação ligadas ao gerenciamento da oferta dos serviços de saúde, afim de que a Central de Regulação seja um elemento que reúne as informações, de forma mais próxima a realidade, de forma a saber a disponibilidade de recursos para atender as demandas dos usuários. As RCR são subordinadas à Secretaria de Estado de Saúde.

De acordo com a Resolução SES/RJ nº 2102, de 14 de Julho de 2003, as Centrais de Regulação tem por objetivo tornar mais rápido o acesso e contribuir para a melhora na qualidade do atendimento, defendendo a saúde dos cidadãos, de acordo com os protocolos pactuados de regulação, oferecendo subsídios para a gestão e auxiliando na organização dos serviços de média e alta complexidade, bem como as internações decorrentes de atendimentos de urgência e emergência.

É uma experiência que articula o uso de tecnologias da informação no gerenciamento do sistema e na assistência ao usuário e a implantação da regulação. Por tentar associar diferentes perspectivas, inovações de ordem tecnológica, de práticas de gestão, e de políticas

públicas envolvendo as três esferas de poder, tem seu grau de complexidade elevado no que diz respeito ao seu funcionamento o que dificulta sua implementação, que ocorre de forma lenta.

O processo de implantação das RCR contou se realizou em três ciclos onde o primeiro diz respeito ao planejamento e pactuação da estrutura da Rede que foi realizado em cima de estudos de demanda e capacidade instalada, coma identificação dos municípios-pólo de acordo com o Plano Diretor de Regionalização. Também consistiu na organização da estrutura física e de telecomunicação das Centrais de Regulação, bem como um concurso público, afim selecionar os funcionários para as 10 Centrais de Regulação existentes, localizadas nas regiões do estado do Rio de Janeiro. São localizadas no Noroeste, Norte e Centro-Sul Fluminense, Serrana, Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Metropolitana I e II, uma no município do Rio de Janeiro e um Pólo Estadual (UTI Neonatal e Gestação de Alto Risco). Cada uma dessas Centrais de regulação contará com um sistema de regulação, neste caso, o SISREG do DATASUS/MS, cuja forma de funcionamento será explicada mais adiante.

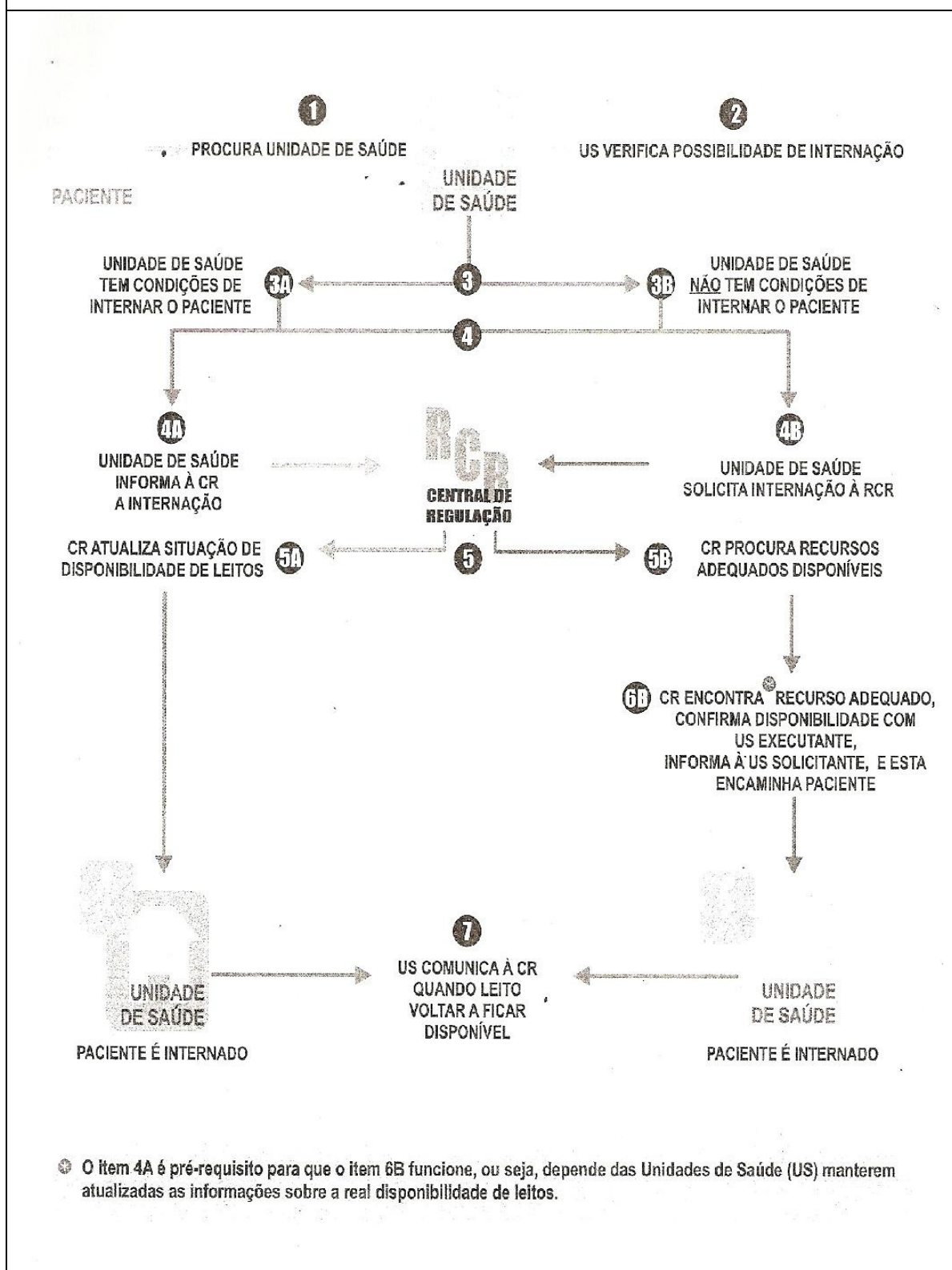
O segundo ciclo da implantação das RCR é caracterizado pelo esforço de fortalecer o processo de regulação a partir de 4 estratégias: “i) efetivar a regionalização da rede; ii) construção do arcabouço jurídico-legal; iii) Incorporação escalonada de leitos/internações por especialidade; vi) constituição de Núcleo Interno de Regulação em cada unidade pública.” (S/R). É nesta fase de implantação que é consolidado o modelo de gestão da Rede que esclarece a concepção de trabalho onde a parceria e a integração entre as esferas de governo é fundamental.

Por fim, o terceiro ciclo diz respeito a relação mútua de forças que atuam de forma a tentar garantir o cumprimento de seus objetivos.

Vale comentar que a construção de uma Rede de Centrais de Regulação não resolve de forma plena o problema do acesso aos serviços de saúde, mas já é um grande passo ao alcance de um SUS de fato para todos.

As Centrais de Regulação funcionam a partir do contato direto da unidade procurada pelo usuário com a Central de Regulação, como mostrado na figura II:

Figura II – Fluxo de Funcionamento da rede de Centrais de Regulação



Fonte: (S/R)

4 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

O DGH-RJ – Departamento de gestão hospitalar, da SAS – Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da saúde, foi criado em 2005, estimulado pela crise dos hospitais do Rio de Janeiro. Nesta ocasião a crise apontava principalmente para o sucateamento dos hospitais descentralizados, posteriormente refederalizados. Outro problema que ficou evidente foi a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde. Vale destacar os hospitais de campanha que foram montados na cidade e o volume de demanda apresentado. Nesta mesma ocasião o DGH-RJ fez uma proposta de criação para as unidades federais, sob a sua gestão, do núcleo interno de regulação

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma instancia de coordenação institucional, com o objetivo de gerenciar os leitos no âmbito hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Unidades de Saúde e as Centrais de Regulação, atuando de maneira integrada e pactuada, otimizando a utilização dos leitos e, assim, maximizando a oferta de leitos.

“O Núcleo Interno de Regulação (NIR), está diretamente vinculado e subordinado à Coordenação Assistencial e se incumbirá do controle diário da disponibilidade de leitos, com base no censo hospitalar e da oferta dos recursos diagnósticos e terapêuticos.” (MS/HGB, 2006)

De acordo com a portaria que institucionaliza o NIR no HGB, o setor deverá ser estruturado da seguinte forma: (i) Conselho Consultivo; (ii) Regulação; (iii) Apoio Operacional. O Conselho Consultivo “atuará com características de colegiado, com representantes ligados às chefias das áreas clínicas e cirúrgicas, de emergência, ambulatório, de apoio diagnóstico laboratorial e de imagenologia, informação, faturamento, bem como de outros setores que a direção hospitalar julgar necessários.”; A Regulação deverá contar com profissionais reguladores (médicos, enfermeiro, assistentes sociais e outros profissionais que se façam necessários); O Apoio Operacional deverá ser composto por profissionais de apoio administrativo.

O Núcleo Interno de Regulação é uma instância reguladora que no HGB tem por objetivos a implantação de um sistema de gerenciamento de leitos para a partir daí poder gerenciar os processos de trabalho, romper com a lógica de propriedade, onde se tem a idéia do médico ser dono dos leitos; otimizar o uso dos recursos destinados à unidade e responsabilizar os profissionais pelo prestação do serviço e pela utilização dos recursos.

A estratégia central do NIR é Integrar o hospital, definindo fluxos, rotinas e protocolos.

No Hospital Geral de Bonsucesso a implantação do NIR data de julho de 2006 após um processo de articulação em torno do seu projeto e com a colaboração da Assessoria de Planejamento do Hospital, que foi responsável pela estruturação do setor. Para José Gomes Temporão, atual Ministro da Saúde, “Nada na saúde foi construído em cima de punições, mas de articulação e pactuação”. O NIR não foi criado com o intuito de burocratizar ainda mais os processos de controle e avaliação dos recursos existentes, mas sim, de fortalecer e qualificar a gestão hospitalar.

Durante o tempo em que o setor estava sendo pensado, foram feitas algumas observações e propostas algumas mudanças no hospital, no que diz respeito aos processos de movimentação dos usuários – internações, transferências, atendimentos de pronto socorro entre outras e que serão abaixo explicitadas, para que o mesmo pudesse agir na regulação dos leitos de forma a maximizar a oferta de cuidado. O NIR foi implantado com o objetivo de padronizar o processo de internação no hospital.

O processo para a implantação deste órgão regulador estabelece algumas orientações para o funcionamento do mesmo e assim, também, o funcionamento do hospital.

A partir da sua implantação, todas as movimentações de usuários, desde a chegada do mesmo e sua admissão na unidade até sua alta ou transferência para outra, deverá ser realizada pelo NIR. Os pedidos de vaga externa só poderão ser efetuados mediante a um protocolo específico. Tendo encontrado vaga em outra unidade, o NIR informa ao médico solicitante e fica encarregado de solicitar uma ambulância, entrar em contato com a família do usuário e encaminhar os documentos para transferência, para que seja deslocado até a unidade de destino. Caso não consiga uma vaga disponível, deverá continuar tentando diariamente.

Tendo o usuário dado entrada na emergência, é feito para ele um Boletim de Emergência (BE), antigo BAM – Boletim de atendimento médico. O atendimento na emergência gera uma AIH (Autorização de Internação Hospitalar) quando é realizado um procedimento, ou após 24 horas. A emergência, a princípio não deveria funcionar como uma unidade de internação, sendo nestes casos requisitado as clínicas uma vaga. Como não acontece a absorção da totalidade dos usuários, a emergência tem funcionado como unidade de internação, o que coloca a importância e necessidade de uma instância de regulação de leitos.

A proposta estabelece uma cota mínima para absorção das internações com origem na emergência, neste caso, não havendo leito na clínica desejada, deverá ser criado um leito

extra, também dentro de um limite determinado. Vale destacar que frente à contínua demanda da emergência e a superlotação, o leito extra da emergência não é contabilizado para fins de indicadores, mas é considerado um leito fixo, ou seja, ativo no cotidiano do setor.

O NIR também age nas transferências externas tanto nas solicitações que chegam ao HGB quanto nas que ele envia a outras unidades. No primeiro caso, o hospital recebe um usuário de outra unidade, seja por que essa não tem leito disponível ou porque não tem especialidade na enfermidade apresentada pelo mesmo. Já no segundo caso, é o hospital que demanda um leito, ou por falta dele na clínica desejada ou por existirem outros hospitais com especialidade em tal doença que poderão atender aquele usuário. Para que tal tipo de internação ocorra é necessário que o NIR encaminhe uma solicitação de vaga em outra unidade, via fax, principalmente, e a unidade avaliará a possibilidade de receber ou não este usuário, de acordo com a disponibilidade de leitos e recurso no momento.

No que diz respeito às internações, que também são responsabilidade do NIR conjuntamente com o setor de admissão e alta, só poderão ser realizadas aquelas cujo Laudo Médico para emissão de AIH estiver total e corretamente preenchido, contendo CID 10, código do procedimento, carimbo e assinatura do médico solicitante, além dos campos básicos como nome no usuário, sexo, idade, diagnóstico inicial, razões que justificam a internação entre outros.

Para cada procedimento realizado é estimado um tempo médio de permanência para aquele usuário. Dada a internação, o NIR deveria acompanhar o tempo médio de internação, considerando o procedimento de internação, caso esta não ocorra dentro do tempo informado, deve-se acompanhar o processo para identificar as causas da ultrapassagem do tempo estimado.

Internações eletivas só poderão ser feitas de segunda a sexta no horário de 13h as 17 h e só poderão ser feitas se o usuário estiver com todos os exames diagnósticos. Somente o NIR ficará responsável por chamar o usuário para a internação. O usuário só poderá ir para a enfermaria após passar por todos os processos burocráticos e assistenciais do setor de admissão e alta.

Internações de cunho emergencial deverão ser feitas e comunicadas ao NIR. Logo após serem dadas as medidas assistências que o usuário necessita, o medico solicitante fica responsável pelo preenchimento do Laudo Médico para emissão de AIH e encaminhá-lo ao NIR, para que a internação seja homologada.

Cada clínica ficará responsável por enviar ao NIR a relação das altas previstas para o dia. Confirmada a alta, a clínica avisa aos familiares o dia e o horário que o usuário deixará a

unidade. Vale lembrar que o leito deve ser desocupado até às 17h do dia marcado para a alta. Caso o usuário não deixe o leito até este horário, ele deve ser levado para uma maca, apenas para aguardar a alta, assim liberando o leito para outra internação.

Dada a alta, o próprio usuário ou seu acompanhante deverá encaminhar ao NIR a cópia do resumo da alta, e só assim a informação de que ela ocorreu será concretizada e o leito será liberado no sistema. Por fim, o NIR encaminha o prontuário deste usuário ao Serviço de Documentação Científica para ser arquivado.

Todo usuário que receber alta deverá ser referenciado para atendimento ambulatorial na própria unidade ou em outra, para ser acompanhado em sua enfermidade, a fim de dar continuidade ao cuidado. Nesta perspectiva, pensamos na prestação do cuidado como uma linha horizontal, a linha de cuidado. O usuário é atendido no local com perfil alinhado às suas necessidades. Entretanto, no decorrer do processo, pode surgir à necessidade de um atendimento mais especializado com disposição de tecnologia mais avançada e de mais recursos. Com isso ele precisará passar da unidade em que se encontra para uma de maior complexidade, para dar continuidade ao cuidado. Esta movimentação também se dá em sentido contrário. Ou seja, o usuário pode ser referenciado de uma unidade de maior complexidade, para uma unidade de menor complexidade, se em seu caso, houver melhora do caso clínico e não demandar mais dos serviços especializados e de outras tecnologias duras em seu tratamento. Segundo Merhy tecnologias duras são aquelas que tradicionalmente se usa para designar equipamentos ou algo de materialidade similar, isto é, aparelhos para diagnósticos e tratamentos (raios X, ressonância magnética, etc.), sistemas computadorizados de histórias clínicas ou outros arquivos sobre o usuário. O que deve ser garantido ao usuário é o acesso aos serviços de saúde e a toda tecnologia disponível, de acordo com as suas necessidades, de forma a garantir o cuidado integral a sua saúde. Evitando assim, mais sofrimento ao usuário e mais gastos ao sistema, o que poderia ser evitado por um acompanhamento médico contínuo.

Ao ser referenciado para o serviço ambulatorial da unidade, o usuário deve, antes de se retirar do hospital, agendar sua consulta na respectiva central de marcação.

Para acompanhar todas as movimentações dos usuários no hospital, o NIR deve realizar junto com as clínicas o censo diário e deverá a partir daí, analisar os indicadores gerenciais: tempo médio de permanência; taxa de ocupação; índice de giro; porcentagem de internações com origem na emergência e de internações transferidas do CTI; porcentagem de internações fora do protocolo estabelecido; porcentagem de transferências para outras

unidades; tempo médio de espera para transferência interna e externa; tempo médio de espera para cirurgia eletiva (HGB, 2006). Este censo deverá ser atualizado às 8h e às 16h.

Com a implantação deste setor, houve avanços no que diz respeito tanto à gestão, pondo em prática um Novo Modelo de Gestão, aderindo às políticas de saúde defendidas pelo Ministério da Saúde, pelo SUS e pelas demais esferas e às práticas de gestão apoiadas na transparência e tendo como referência a parceria, a adesão e a ética da solidariedade entre todos os envolvidos, substituiu ultrapassados métodos de gestão de leitos que só atendiam a interesses pessoais deixando as reais necessidades do sistema sem resposta, desenvolve meios de controle, regulação e avaliação de serviços a fim de alcançar a utilização racional dos recursos; quanto ao acesso dos usuários ao serviço, pois atende a princípios que visam garantir o acesso equânime e qualificado à assistência a saúde, além de conferir ao hospital integração com as redes de saúde locais e qualificação em relação a processos de credenciamento de serviços.

Mas para que haja regulação de leitos por meio do NIR, é necessário que a informação chegue ao setor de maneira mais fiel a realidade da unidade. A informação é de suma importância para o hospital, e neste caso, o censo hospitalar é fundamental, uma vez que irá contar o número de leitos disponíveis para a admissão de novos usuários, assim como para as movimentações do hospital. Através dos dados coletados no censo, é possível calcular o índice de giro, o tempo médio de permanência, e compor o cálculo do custo médio por procedimento – vale destacar que o tempo médio de permanência e o custo por procedimento devem estar associados e possibilitarão uma visão ampla do custo de cada usuário para o hospital, possibilitando assim, a visualização dos gastos em saúde – entre outras, garantindo assim, a melhor utilização dos leitos e dos recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde ao Hospital Geral de Bonsucesso.

4.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO – HOSPUB

Alem do censo hospitalar, o hospital conta com um sistema interno de informação. O Hospital Geral de Bonsucesso utiliza um sistema público de informação, o HOSPUB-MS, que 'é o Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar que fornece soluções de Tecnologia da Informação para gerenciamento, gestão e controle social do SUS em unidades hospitalares.' (DATASUS). Este sistema possui oito módulos, sendo eles: Ambulatório, Centro Cirúrgico, Emergência, Internação, SADT (Laboratório), Material, Perinatal, SAME.

Cada módulo deste se divide em submódulos. Aqui serão apresentados apenas os módulos utilizados no processo e trabalho do NIR.

O NIR utiliza-se somente de alguns desses módulos, sendo eles: Ambulatório – que tem como objetivo “automatizar as Unidades de Saúde, através da captação e cruzamento de informações voltadas a sua administração, fornecendo dados atualizados, racionalizando a distribuição do fluxo de atendimento e otimizando o aproveitamento dos recursos profissionais disponíveis” (DATASUS). Utiliza tecnologia de bancos de dados, o que possibilita gerar uma informação mais confiável. Em linhas gerais este módulo tem por função, dividir os atendimentos nos horários disponíveis de modo a diminuir a fila e conseqüentemente oferecendo aos usuários maior conforto e atenção na espera pelo atendimento; possibilita ter uma visão ampla do usuário, disponibilizando as informações sobre o mesmo (origem, diagnóstico inicial, procedimento, resultado de exames além das informações básicas como nome, faixa etária, sexo etc.) e se o mesmo possui consulta agendada ou se foi referenciado para outra clínica. “Gera relatórios valendo-se de indicadores extraídos pela comparação entre os possíveis atendimentos com os procedimentos executados: solicitação de recursos e exames complementares, formas diversas de saída do paciente, como retorno, encaminhamento a outra Clínica ou Unidade, permitindo conhecer todos estes dados e além de outras informações tais como absentéismo, tempo médio de atendimento etc.” (DATASUS) -; Centro Cirúrgico – que tem como objetivo “efetuar a marcação de cirurgias e emissão dos mapas cirúrgicos, identificando os profissionais envolvidos e os recursos utilizados.” (DATASUS). Possibilita o controle das cirurgias (marcação, realização e cancelamento), a visualização das informações específicas do centro cirúrgico, fornece informações sobre as cirurgias de emergência, emite mapas cirúrgicos e elabora demonstrativo de índices e indicadores da Clínica Cirúrgica. -; Emergência – que tem como objetivo “cadastrar todos os atendimentos ocorridos nos setores de emergência e/ou Serviços de Pronto Atendimento”. (DATASUS). O cadastro se dá após a chegada o usuário e a confirmação de que na unidade existem, recursos alinhados a demanda que o mesmo apresenta. Este módulo possibilita saber se o usuário possuiu plano de saúde ou não para, em caso positivo, poder cobrar do plano o valor gasto nos procedimentos realizados. Vale destacar que saber se o usuário possui um plano privado é somente para fins administrativos. A assistência será prestada a ele mesmo que possua plano de saúde. Permite também controlar a produtividade de cada médico e dos setores da unidade e visualizar em tempo real os horários e locais de maior demanda, avalia a eficiência das equipes dos plantões através do tempo de espera de cada usuário para ser atendido e mostra a movimentação dos usuários seja

ela de alta, óbito ou internação. -; Internação – que tem como objetivo “propiciar um total controle da utilização dos leitos hospitalares, informando em tempo real a sua situação, ou seja, se está vago, ocupado, bloqueado, reservado, em obra etc. e aumentando com isso, consideravelmente, seu índice de aproveitamento. Permite também que se saiba há quanto tempo o paciente está utilizando o leito, em função do tempo médio de permanência estipulado pela AIH, otimizando sua utilização e ampliando a oferta à população. Conseqüentemente, pode haver uma melhoria no faturamento.” (DATASUS). Além disso, realiza a internação de forma completa, informa o estado de saúde dos usuários, possibilita a visualização das movimentações dos pacientes e elabora um demonstrativo, utilizando-se da procedência, contendo as informações de demanda de internações. -; Perinatal - que tem como objetivo “efetuar a entrada e a saída das pacientes na Emergência Obstétrica, permitindo a apuração e avaliação dos atendimentos realizados àquelas encaminhadas à internação. Registra todas as ocorrências, gerando o Movimento Obstétrico e Neo-Natal, por plantão, por profissional e por totais da Unidade.” (DATASUS). Emite relatórios estatísticos e gráficos básicos a partir do cruzamento das informações materno-neonatais. - e SAME (Arquivo Médico) – que tem como objetivo “auxiliar na organização administrativa da unidade, cadastrando todos os prontuários de pacientes egressos, alterando dados cadastrais e emitindo relatórios com informações para o controle do hospital.” (DATASUS). Além disso, disponibiliza para todos os outros módulos informações cadastrais dos usuários, avalia a consistência dos dados produzidos por cada setor, entre outras coisas.

A partir dos dados disponibilizados pelo HOSPUB, o NIR poderá regular, pois saberá a disponibilidade dos leitos na unidade.

Vale ainda destacar, que o Hospital Geral de Bonsucesso, durante dois anos, utilizou três sistemas de informação diferentes: SIGH, Klinikos e o atual, HOSPUB. Alguns setores ainda utilizam informações dos outros sistemas para compor indicadores ou comparar com as informações contidas no HOSPUB, que ainda não está implantado de forma plena no hospital.

Além dos pedidos via fax que o HGB recebe e envia diariamente, também utiliza, para a regulação, o SISREG – Sistema de Regulação – que “é um sistema de informações on-line, disponibilizado pelo DATASUS, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação.” (DATASUS, 2006). O SISREG é dividido em dois módulos: uma central de marcação de consulta (CMC) e uma central e internação hospitalar (CIH).

4.2 SOLICITAÇÃO DE VAGA

Além dos pedidos via fax que o HGB recebe e envia diariamente, também utiliza, para a regulação, o SISREG – Sistema de Regulação – que “é um sistema de informações on-line, disponibilizado pelo DATASUS, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação.” (DATASUS, 2006). O SISREG é dividido em dois módulos: uma central de marcação de consulta (CMC) e uma central e internação hospitalar (CIH).

O SISREG é um software do Ministério da Saúde, desenvolvido pelo DATASUS, a pedido da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), resultado da parceria entre o DATASUS e o Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo. Este sistema vem sendo implantado nas unidades desde 2002.

O SISREG é operado pelos profissionais da unidade que lançam no sistema a demanda que não pode ser absorvida no hospital e, do outro lado os profissionais das secretarias municipais e estaduais de saúde recebem a informação e fazem a regulação. Se a vaga for conseguida, o hospital é avisado e a transferência ocorre. Vale destacar que tudo isso ocorre via internet.

Para a regulação de leitos, o hospital também conta com o apoio da CAP. 3.1 (Coordenadoria de Saúde da AP 3.1) que é um órgão da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Essa coordenadoria regula vagas para os hospitais da área programática 3.1, área cujo Hospital Geral de Bonsucesso está inserido.

Utiliza também um sistema para conseguir vagas para usuários com Insuficiência Renal Crônica e que precisam fazer hemodiálise. Por vezes, usuários com esta demanda chagam ao hospital, mas este não possui mais vaga no seu programa de diálise. Então os dados desse usuário são inseridos no Sistema chamado TRS (Terapia Renal Substitutiva), para que seja tentada, para ele, vaga em outra unidade hospitalar para realizar a hemodiálise. O TRS foi criado em parceria com Ministério da Saúde e a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS).

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O objetivo deste trabalho foi o de identificar como a informação é utilizada pelo NIR e pelas chefias clínicas no processo de gestão de leitos e no fluxo de internação dentro do hospital, a partir da análise dos indicadores gerenciais e assistenciais produzidos e sua utilização no processo de tomada de decisão

Assim, nesta proposta, isto implica, primeiramente, em revisar os termos regulação e informação e como os diversos autores abordam a sua operacionalização na organização dos serviços e práticas profissionais; conhecer no Hospital Geral de Bonsucesso, as experiências de gestão de leitos; identificar o fluxo de internação, entrada e saída da unidade; identificar os sistema de coleta de dados e os indicadores assistenciais e gerenciais utilizados no processo de gestão de leitos, utilizamos para isso o fluxograma descritor; identificar os mecanismos de regulação operados pelo NIR juntamente com as clínicas médicas; identificar a existência de sistema de informática, utilizado para a regulação.

Para a realização da pesquisa foram adotados quatro passos metodológicos: (i) delimitação do campo; (ii) Delimitação da amostra (iii) identificação dos mecanismos de gestão de leitos e de utilização da informação; (iv) verificação destes mecanismos.

Utilizamos para este fim o trabalho de levantamento de dados realizado pelo NIR, onde atuei como estagiária do setor. Vale dizer que participei na coleta de dados, junto às chefias clínicas. Este processo foi supervisionado pela secretária do NIR, assim como pela coordenação.

O instrumento utilizado foi um questionário semi-aberto estruturado, com os chefes das clínicas médicas, ou um representante por este indicado e a coordenação do NIR.

Ao definir a amostra das clínicas para estudo, optamos, juntamente com a coordenação do NIR, por pesquisar o universo das clínicas do hospital. Esta escolha considerou as clínicas com as quais o NIR já desenvolve uma rotina de trabalho. Desta forma foi possível ter uma visão global do processo de gestão de leitos no cotidiano do hospital.

5.1 A DELIMITAÇÃO DO CASO

Optamos por realizar o estudo no Hospital Geral de Bonsucesso, por ser o campo de estágio onde estive inserida e também pelo hospital ser uma das poucas unidades no Rio de Janeiro com um Núcleo Interno de Regulação implantado.

5.2 VERIFICAÇÃO DOS MECANISMOS DE GESTÃO DE LEITOS E DE UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO

A abordagem utilizada neste estudo foi uma análise quali-quantitativa através de um questionário semi-aberto estruturado. Verificamos os critérios apresentados no quadro I. De forma complementar utilizamos o fluxograma descritor para mapear o processo de coleta das informações e o fluxo de internação.

Quadro I- Critérios de verificação dos mecanismos de gestão de leitos e de utilização da informação

Produção da informação	Identificar o fluxo de informação para movimentação de pacientes
	Identificar responsável pela atualização do censo hospitalar
	Identificar a existência de sistema informatizado para coleta dos dados do censo
	Identificar se as chefias de clínica tem acesso aos dados produzidos pelo censo hospitalar
Utilização dos Indicadores gerenciais e assistenciais	Identificar indicadores produzidos pelo censo hospitalar
	Identificar indicadores que as clínicas monitoram
Tomada de decisão - a partir dos indicadores	Identificar o fluxo para internação
	Identificar a utilização dos indicadores na gestão dos leitos
Regulação	Identificar existência de institucionalidade na ação do NIR
	Identificar abrangência, entre as clínicas, da atuação do NIR
	Identificar o conhecimento das clínicas sobre a ação do NIR
	Identificar existência de mecanismos, nas clínicas, de regulação, como a existência de leitos por gravidade e cota de internação por origem.
	Existência de pactuação de protocolos de internação e alta entre o NIR e as Clínicas

5.3 PRÉ-TESTE DO INSTRUMENTO

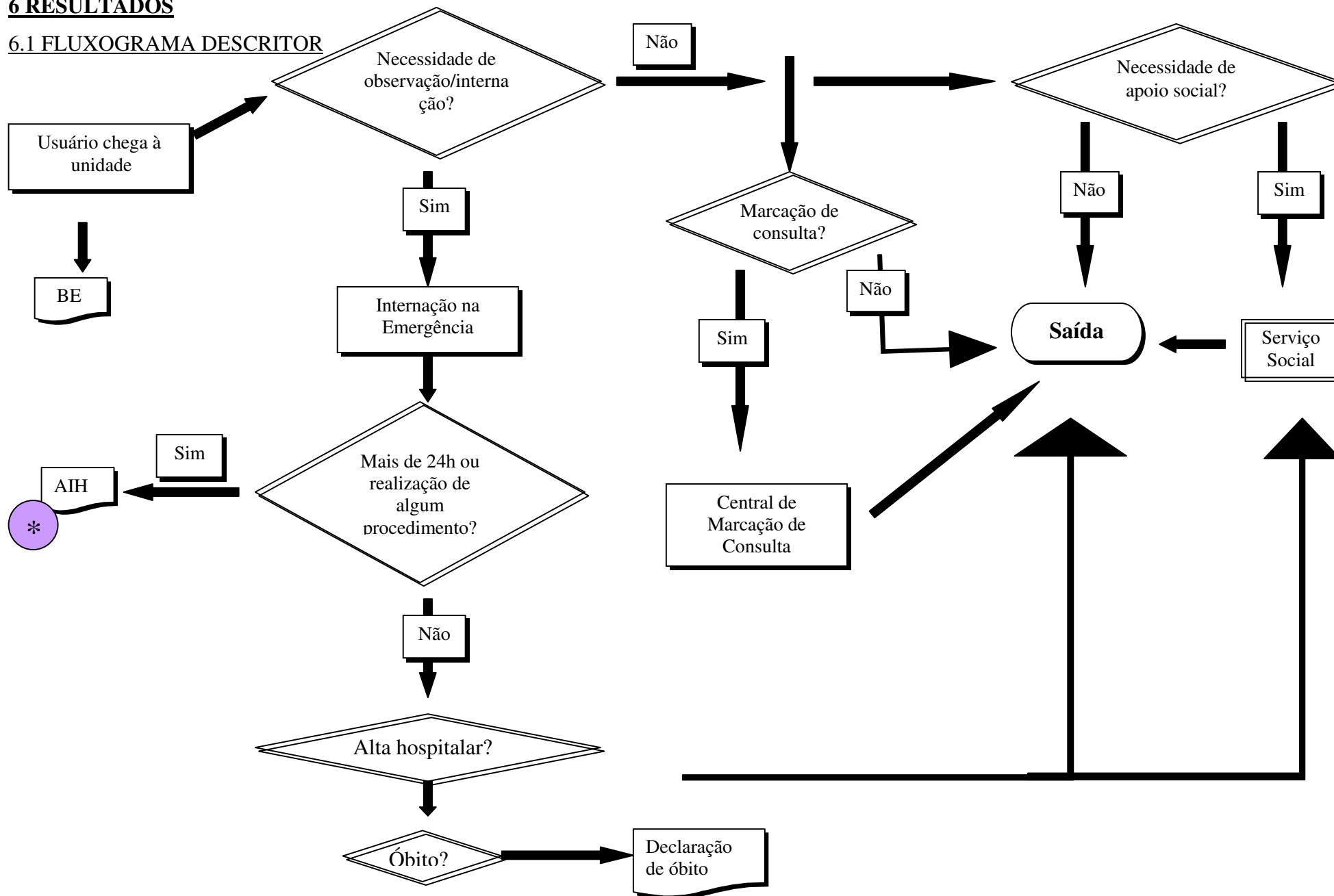
A validação do instrumento foi feita com a coordenação do NIR, de forma a garantir que as questões formuladas estivessem adequadas ao objeto de estudo e fossem passíveis de análise e categorização. Nesta etapa realizamos a inclusão de questões relacionadas ao processo interno de pactuação, assim como, reformulamos algumas questões que pareceram repetitivas.

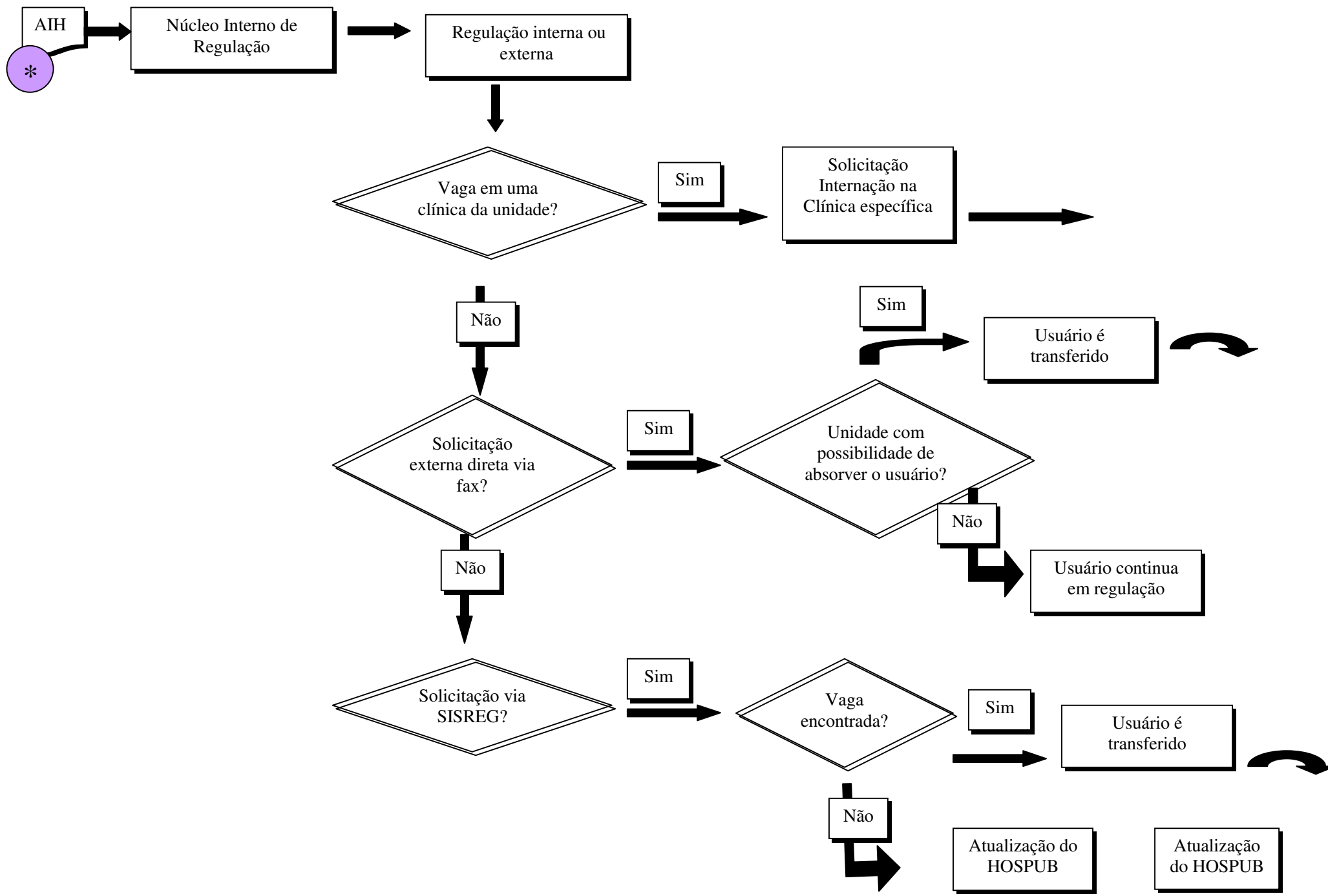
5.4 A ANÁLISE DOS DADOS

A tabulação dos dados será feita sem apoio de um sistema informatizado. Para a análise do questionário será feita a leitura de todas as repostas, na perspectiva de relacioná-las a partir de categorias de ampla abrangência, apresentadas no quadro I.

6 RESULTADOS

6.1 FLUXOGRAMA DESCRITOR





6.2 AVALIAÇÃO DA PESQUISA

6.2.1 Participação na pesquisa

Este questionário foi direcionado ao universo das chefias das clínicas do Hospital Geral de Bonsucesso. Foi proposto a 22 chefias de clínicas que respondessem a um questionário que elaboramos e que foi avaliado e aprovado pela chefia do NIR, que sugeriu modificações e a introdução de algumas questões. O quadro II mostra as clínicas que foram convidadas à participar da pesquisa. Vale destacar que são, ao todo, 28 clínicas, porém algumas dessas são coordenadas pelo a mesma pessoa, sendo assim, à pessoa que coordena duas clínicas foi direcionado apenas um questionário.

Quadro II: Clínicas que foram convidadas a participar da pesquisa.	
1 Broncoesofagologia	12 Ginecologia
2 Cardiologia / Unidade Coronariana	13 Nefrologia / Unidade de Transplante Renal
3 Cirurgia Geral A	14 Neonatologia
4 Cirurgia Geral B	15 Neurocirurgia
5 Cirurgia Hepatobiliar / Unidade de Transplante Hepático	16 Obstetrícia
6 Cirurgia Plástica	17 Oftalmologia
7 Cirurgia Vascular	18 Ortopedia
8 Clínica Médica A e B	19 Otorrinolaringologia
9 CTI – UTI Adulto	20 Pediatria Ala A e Ala B
10 Emergência Adulto	21 Urologia
11 Emergência Pediátrica	22 UTI Neonatal / UTI Pediátrica

Vale, porém esclarecer que não foram todas as clínicas convidadas que se dispuseram a participar da investigação. Entre elas, duas se negaram a responder o questionário, as clínicas de Otorrinolaringologia e a Oftalmologia; e quatro não o devolveram até o prazo estabelecido. É importante ressaltar que este prazo dado às chefias foi, por vezes, estendido. Em sua totalidade foi dado o período de

aproximadamente um mês para que tal questionário fosse preenchido. Ao todo 16 clínicas participaram da pesquisa.

6.2.2 Análise dos resultados

6.2.2.1 Produção da informação

É sabido que o censo hospitalar é o principal mecanismo de coleta, atualização e circulação das informações do hospital, utilizadas pelo NIR. De acordo com a pesquisa 68,75% das clínicas fazem o censo pela manhã, 6,25% fazem o censo à tarde, 6,25% não fazem censo e apenas 12,5% fazem o censo pela manhã e o atualizam durante o dia, o que está previsto no projeto de implantação do Núcleo Interno de Regulação NIR/HGB. O censo hospitalar pressupõe o estabelecimento de um dia-hospitalar, ou seja, a definição de um horário de coleta, o que não foi encontrado nas clínicas, embora esteja no projeto do NIR. Segundo este, o censo deve ser feito às 8h e às 16h.

Na maioria das clínicas, aproximadamente 68,75%, o censo é feito pela enfermagem ou pela secretaria, auxiliadas por médicos da clínica e é monitorado pela chefia do serviço e pela chefia da clínica. Uma funcionária do NIR, diariamente colhe todas as informações de cada clínica através do HOSPUB e em seguida, visita todas as clínicas a fim de conferir aquilo que encontrou no sistema de informação do hospital. Entretanto, apenas 6,25% das clínicas reconhecem a atuação deste profissional.

Em relação ao HOSPUB, sistema de informação vigente no hospital, 75% dos entrevistados responderam que conhecem, 6,25% não conhecem, 12,5% responderam que conhecem porém não de forma plena. As chefias que conhecem o sistema, indicam que usam o HOSPUB para fazer as movimentações dos usuários (internação, alta, transferência, marcação de consulta, resultado de exame). Apenas 31,25%, ou seja, cinco clínicas, responderam que o utilizam para produção de indicadores. De todos os entrevistados, somente 56,25% possuem senha de acesso ao sistema.

6.2.2.2 Utilização dos Indicadores Gerenciais e Assistenciais

Quando perguntado como os dados do censo são utilizados, as respostas variaram entre diagnosticar problemas no funcionamento do serviço e produzir indicadores, estatísticas, relatórios mensais.

Foi possível perceber que grande parte das chefias das clínicas, 68,75%, ou seja, cinco clínicas, não sabem o que é de fato um indicador, uma das chefias de clínica ao ser perguntada sobre que indicadores a clínica monitorava respondeu: “*Até hoje, não vi nenhum*”. Ou, ainda, que monitorava “*Causa, tempo, idade, prognóstico*”. Por outro lado, entre aquelas que conhecem os indicadores, 31,25%, os mais citados foram tempo médio de permanência por 80% clínicas, índice de giro e taxa de ocupação por 40%, nº de pacientes/leitos e nº de pacientes/dia, por 20%.

6.2.2.3 Tomada de Decisão a partir dos Indicadores Produzidos

Segundo o projeto de implantação do NIR/HGB, “Para acompanhar todas as movimentações dos usuários no hospital, o NIR deve realizar junto com as clínicas o censo diário e deverá a partir daí, analisar os indicadores gerenciais (...). Este censo deverá ser atualizado às 8h e às 16h”. Como pode ser observado a partir da avaliação da pesquisa, o censo é realizado, pela maioria (%) das clínicas, contudo, não é repassado para o NIR. Somente a Emergência envia diariamente o censo para o setor. No entanto a Emergência não é um setor que disponibilizará leitos para o NIR, pelo contrario, o NIR é quem gerencia os leitos das outras clínicas para internar, na clínica específica, os usuários, uma vez que a Emergência não é um setor de internação, mas acaba por fazer este papel já que o hospital não possui a capacidade de absorver toda a demanda.

Mesmo fazendo o censo, as clínicas não produzem indicadores, segundo a pesquisa, o que acaba por dificultar a ação reguladora do NIR. Não tendo indicadores, a tomada de decisão fica prejudicada, não sabendo ao certo qual seria a melhor forma de utilização daquele leito. O NIR não consegue agir conforma estabelecido “o leito certo, na hora certa, para o usuário certo”, o que nada tem haver com classificação de risco.

6.2.2.4 Regulação

De acordo com a análise dos questionários, 87,5% das clínicas responderam que conhecem o Núcleo Interno de Regulação enquanto 12,5% responderam que não conhecem o setor, as clínicas de cirurgia vascular e o CTI Adulto. Vale dizer que, segundo a coordenação do NIR, a cirurgia vascular utiliza o serviço com bastante regularidade. E no caso do CTI, a regulação através do NIR é fundamental para hospital, já que é uma unidade com alto índice de demandas de internação, para os casos de maior gravidade e cirurgias de grande porte.

Desses 87,5%, 81,25% que sabem da existência do NIR conhecem o modo como o setor funciona, enquanto 12,5% não sabem. Dentre as respostas, a grande maioria, 76,92% respondeu de forma sucinta ao dizer que o NIR é o setor que regula os leitos, interna e externamente.

Sobre a institucionalidade do setor 43,75% dos que responderam ao questionário sabem da existência da portaria que institucionalize o NIR dentro do HGB, enquanto 56,25% não.

Em relação à ação de regular, apenas 37,5% das clínicas possuem protocolo de internação pactuado com o NIR sendo elas a Cirurgia Plástica, Emergência Adulto, Ginecologia, Nefrologia/Transplante Renal, Obstetrícia e Pediatria. A UTI Neonatal/UTI Pediátrica, somente a UTI Pediátrica possui protocolo pactuado com o NIR, e somente 20% das clínicas possuem reserva de leitos para usuário com origem na Emergência sendo elas a Cirurgia Geral A, Cirurgia Plástica e Ortopedia. Ao ser perguntar sobre uma possível pactuação entre o NIR e a clínica para absorver a demanda da Emergência, 50% das chefias responderam de forma positiva, enquanto 37,5%, que não estão dispostos a pactuar com o NIR. Dentre os motivos para uma não pactuação com o NIR, foi respondido por uma das clínicas que *“precisaria de RH e leitos”*.

Tomando por base as respostas analisadas, é possível perceber que as clínicas sabem da existência de um setor de regulação, mas o conhecem de forma bastante superficial, e este pode ser o motivo pelo qual existam clínicas que ainda não utilizam o NIR, uma vez que somente 37,56% das clínicas utilizam o setor para realizar todas as movimentações dos usuários (admissão, transferências, altas) e 18,75% utilizam-no parcialmente, apenas para alguns casos. Das clínicas que não utilizam o NIR, as justificativas apresentadas para a não utilização foi que *“o setor não atende as suas solicitações”* ou que *“não há liberação de vaga em tempo útil”*.

Enfim, apesar de grande parte do hospital conhecer o NIR, conhecem-no de forma superficial e talvez esse possa ser o motivo do grande número de clínicas 43,75%, não utilizarem o NIR. Outro ponto de extrema importância é a produção do censo. Foi possível perceber, através deste questionário, que 14 clínicas fazem o censo hospitalar diariamente, apesar de haver ainda clínicas que não fazem. A realização do censo, entretanto, não garante sua utilização. Surpreendentemente, as clínicas, de modo geral, não conhecem os indicadores gerenciais, tampouco o utilizam na tomada de decisão. É válido destacar que, durante o período de estágio, pude observar que somente a emergência envia o censo para o NIR. Até então, pensava que somente está clínica possuía um censo. Depois, pude perceber e após a

análise da investigação, confirmar, que a maioria das clínicas possuem um censo, que é feito diariamente, na maioria delas, pela manhã.

7 CONCLUSÃO

Após a análise completa dos questionários, pude observar que a informação da qual o Núcleo Interno de Regulação se apropria, é produzida pelas clínicas, no entanto, apesar de haver um censo hospitalar, ainda que com inconsistências, geradas pela coleta de dados, os indicadores não são produzidos nem utilizados pelas clínicas e nem mesmo pelo NIR.

No que diz respeito ao objetivo da regulação, que é o de criar uma rede capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos usuários entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contra-referência municipal e intermunicipal, o NIR consegue, se não garante, ao menos a ampliar o acesso, uma vez que, o usuário, ao chegar na emergência no hospital, ou receberá o atendimento, ou será regulado para outra unidade. O que não é ainda feito pelo NIR é a gerência do tempo de espera. No entanto, quanto à utilização dos mecanismos propostos para a ação de regular, bem como as mudanças na rotina do hospital, com o objetivo de padronizar o processo de internação no hospital, não se pode dizer que foram cumpridas, uma vez que cada clínica faz o censo em um horário diferente, o que impossibilita o desenvolvimento do censo hospitalar, que necessita do fechamento de um dia-hospitalar. Em relação às movimentações dos usuários (internação, alta, transferências), nem todas as clínicas utilizam o NIR para fazê-las, o que pode acarretar a incompatibilidade entre aquilo que o NIR possui como informação da clínica e aquilo que realmente está acontecendo. Em relação às cirurgias, as clínicas mandam para o NIR a programação cirúrgica, como proposto no projeto de implantação.

Com a realização desta pesquisa pude perceber que a informação é, de fato, produzida, mas não recebe a devida importância. O sistema de informação do hospital - HOSPUB, não é atualizado por todas as clínicas, gerando certa confiabilidade na informação sendo por vezes necessária a confirmação daquilo que está posto no HOSPUB entrando em contato com a clínica, o que atrapalha o processo de regulação. Se o sistema fosse constantemente atualizado, o NIR não precisaria entrar em contato com a clínica ou até mesmo ir até o andar da clínica, para saber se, realmente, o leito está vago.

O Hospital Geral de Bonsucesso já possui uma estrutura boníssima para a regulação, entretanto não cabe somente a eles a funcionalidade plena das ações. O que na verdade o NIR tem feito, é a busca de vagas para transferência, principalmente das internações com origem na emergência, mas a ação de regulação, de fato, ainda não avançou no hospital, falta ao setor a logística, de utilizar o leito certo, para o usuário certo, na hora certa. O papel do NIR não é o de caminhar pelo hospital, de clínica em clínica tentando encontrar um leito vago. Cabe ao

NIR receber as informações das clínicas, sistematizá-las e a partir daí, regular. A única busca efetiva que o setor deverá fazer é nos casos de transferência externa.

BIBLIOGRAFIA

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 10)

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.- Brasília: CONASS, 2003.

CAP. 3.1 – Coordenadoria de Saúde da AP. 3.1. Disponível em:
<<http://portal.cap31.info/modules/edito/>> : acessado em 1/12/2009

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira, 1997. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública.

DATASUS, 2006. O que é o SISREG? Disponível em:
<http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/oque.htm?mm=none> Acessado em: 15 de julho de 09.

Departamento de Gestão Hospitalar. **Proposta de implantação do núcleo interno de regulação.** Rio de Janeiro, 2006. (mimeo)

INDRIUNAS, Luís. A história da saúde pública. Disponível em:
<<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>>: acessado em 27/10/2009

Lei 8.080/90 Brasília, 19 de setembro de 1990
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> acessado em 15 de julho de 2009.

MERHY, Emerson E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. São Paulo: Xamã Editora, 1998. p. 103 120.

Ministério da Saúde. HOSPUB – Sistema Integrado de Informação de Ambiente Hospitalar. Disponível em: <http://hospub.datasus.gov.br> Acessado em: 15 de julho de 09.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção à Saúde. Anexo 1. Portaria 687. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf acessado em 15 de julho de 2009.

Ministério da Saúde. Hospital Geral de Bonsucesso. **Projeto de implantação do Núcleo Interno de Regulação.** – Rio de Janeiro, Junho de 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hospital Geral de Bonsucesso. Portaria para a implantação do Núcleo Interno de Regulação. – Rio de Janeiro, Novembro de 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva; Secretaria de Assuntos Administrativos. SUS 20 anos. Brasília, 2008.

NASCIMENTO, Helena Regina do. Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/sus.htm>>: acessado em 28/10/2009

PELLEGRINI, Bárbara. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política. *Obstáculos Ciência & Saúde Coletiva* v.12 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2007

PORTARIA GM Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva, 2004. *Tecnologias Leves nos processos gerenciais do enfermeiro: contribuição para o cuidado humanizado*. Gramado (RS): Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem>>. ISBN 85-87582-23-2